



## PDF hosted at the Radboud Repository of the Radboud University Nijmegen

The following full text is a publisher's version.

For additional information about this publication click this link.

<http://hdl.handle.net/2066/23813>

Please be advised that this information was generated on 2017-12-05 and may be subject to change.

voldoen aan hoge kwaliteitsnormen. Bovendien is aan de commissie Kwaliteit een voorstel gedaan omtrent de minimum-eisen die gesteld moeten worden aan voorlichting in het kader van de visitatie van niet-opleidingspraktijken. Bij deze kwaliteitscriteria wordt uitgegaan van een aantal basisprincipes die van belang zijn voor een goed gesprek tussen een gynaecoloog en een patiënt. Hierbij dient iedereen ervan bewust te zijn dat patiëntenvoorlichting meer is dan alleen het verstrekken van informatie. De commissie heeft ook al een aanzet gegeven tot het ontwikkelen van hulpmiddelen dan wel uniform voorlichtingsmateriaal aan de hand van een raamwerk. Momenteel wordt een inventarisatie gemaakt van het beschikbare voorlichtingsmateriaal en wordt bekeken waar nog behoefte aan is (dit in samenwerking met andere patiëntenverenigingen en instanties). Ter verbetering van de communicatieve vaardigheden van de gynaecologen wordt de mogelijkheid van communicatie- of gesprekstraining voor gynaecologen bekeken.

**Conclusies.** De WGBO heeft een aantal praktische consequenties voor de individuele gynaecoloog. Een exacte grens aan de informatieplicht is niet te geven en uit de WGBO kan niet worden opgemaakt wanneer de voorlichting adequaat is en tot een weloverwogen besluitvorming door de patiënt kan leiden. Ook de commissie Patiëntenvoorlichting heeft geen pasklaar antwoord hierop en kan de gynaecoloog hierbij alleen ondersteunen. Dit betekent een uitdaging voor de individuele gynaecoloog om in samenspraak met de beroepsgroep en met de door de commissie ter beschikking gestelde hulpmiddelen de regelingen in de WGBO zelf te concretiseren en te vertalen naar de praktijk.

J.A.M.Kremer (Nijmegen), *Endocrinologie van het kraambed*

Het kraambed wordt gekenmerkt door stimulatie van lactatie en onderdrukking van ovulatie. De link tussen lactatie en anovulatie in het kraambed kan gezien worden als een vorm van endogene anticonceptie. De mechanismen hierachter zijn onbekend. Waarschijnlijk speelt een onderdrukking van hypothalamus 'gonadotrophin releasing hormone', al dan niet via endogene opioïden, een rol.

Ten eerste bestudeerden wij de terugkeer van follikelstimulerend (FSH) en luteïniserend (LH) hormoon na een partus. Flesvoedende vrouwen vertoonden een snel herstel van met name FSH en 50% ovuleerde binnen één maand. Borstvoedende vrouwen daarentegen lieten een traag herstel van de hypofyse-activiteit zien. Na een hypogonadotrope periode werd een periode gezien met een hoge FSH/LH-ratio, maar follikelrijping werd niet gezien. Vervolgens werd het pulsatiele patroon van LH gemeten. Bij zowel flesvoedende als borstvoedende vrouwen bleek dit patroon de eerste week volledig onderdrukt te zijn. Ook 3 weken later was dit patroon bij borstvoedende vrouwen deels onderdrukt. Prolactine werd ook gemeten en via een wiskundige analyse kon berekend worden hoeveel prolactine per minuut geproduceerd werd. Tijdens lactatie bleek prolactine afgegeven te worden in separate pulsen. Ten slotte werd onderzoek gedaan naar de rol van endogene opioïden. Naltrexon kon de onderdrukte pulsatiele LH-secretie niet herstellen, zodat deze onderdrukking niet veroorzaakt lijkt te worden door endogene opioïden.

Alhoewel wij geen onderzoek hebben verricht naar de anticonceptieve (on)betrouwbaarheid van borstvoeding, toch enige opmerkingen hierover, omdat dit aspect van de kraambed-endocrinologie voor de clinicus belangrijk is. Verwezen wordt na de conclusie van de Bellagio-consensus: in de eerste 6 maanden post partum geldt tijdens amenorroe en volledige borstvoeding een zwangerschapspercentage van minder dan 2.

Velc vragen over de endocrinologie in het kraambed blijven

onbeantwoord. Verder onderzoek op dit gebied zou kunnen leiden tot meer inzicht in de werking van de hypothalamus-hypofyse-ovarium-as, ook buiten het kraambed.

P.H.N.M.Kampschoer, M.J.Heineman, A.V.Sluijmer, F.H.de Jong en J.L.H.Evers (Heerlen), *Endometriumcarcinoom en ovariumfunctie*

Postmenopauzale ovaria produceren androsteendion (A) en testosteron (T).<sup>1</sup> Deze steroïden dienen als precursor voor oestrogenproductie.<sup>2</sup> Bij het ontstaan van endometriumcarcinoom wordt een belangrijke rol toegekend aan oestrogenen.<sup>3</sup> Vrouwen met en vrouwen zonder een endometriumcarcinoom zouden met betrekking tot de postmenopauzale ovariumfunctie verschillen.<sup>4</sup>

**Doel.** Nagaan in hoeverre de lokale pelviene steroïdenconcentratie bij postmenopauzale vrouwen met endometriumcarcinoom verschilt van de lokale pelviene steroïdenconcentratie bij postmenopauzale vrouwen zonder endometriumcarcinoom (controlegroep).

**Opzet.** Prospectief klinisch onderzoek.

**Methode.** De serumconcentraties van A, T en oestradiol (E<sub>2</sub>) werden bepaald in perifeer veneus bloed en in bloed dat verkregen werd bij 'utero-ovarian sampling' tijdens een uterus-extirpatie met uni- of bilaterale adnexextirpatie. De hormoonbepalingsmethoden en de utero-ovarian sampling-techniek zijn eerder beschreven.<sup>1-5</sup> De endometriumcarcinoomgroep en de controlegroep bestonden ieder uit 6 postmenopauzale vrouwen.

**Resultaten.** Bij vrouwen met endometriumcarcinoom worden significant hogere lokale pelviene serumconcentraties van T en A gevonden dan bij vrouwen zonder endometriumcarcinoom. De perifeer gemeten serumwaarden voor deze steroïden verschillen tussen beide groepen niet.

**Conclusie.** De ovariumfunctie bij postmenopauzale vrouwen met endometriumcarcinoom verschilt van de ovariumfunctie van postmenopauzale vrouwen zonder endometriumcarcinoom. De toegenomen ovariële T- en A-productie bij vrouwen speelt wellicht een rol bij het ontstaan van het endometriumcarcinoom.

#### LITERATUUR

- Sluijmer AV, Heineman MJ, Jong FH de, Evers JLH. Suppression of post-menopausal ovarian endocrine activity by GnRHa. Hum Reprod 1994;9 Suppl 4:27.
- Sileri PK, Macdonald PC. Role of extraglandular estrogen in human endocrinology. In: Geiger SR, Astwood EB, Greep RO, editors. Handbook of physiology. Section 7. Endocrinology. Washington D.C.: American Physiological Society, 1973:615.
- Gambrell jr RD, Bagnell CA, Greenblatt RB. Role of estrogens and progesterone in the etiology and prevention of endometrial cancer: review. Am J Obstet Gynecol 1983;146:696-707.
- Nagamani M, Hannigan EV, Dillard jr EA, Dinh T van. Ovarian steroid secretion in postmenopausal women with and without endometrial cancer. J Clin Endocrinol Metab 1986;62:508-12.
- Heineman MJ, Sluijmer AV, Evers JLH. Utero-ovarian vein blood sampling in postmenopausal women. Fertil Steril 1993;60:184-6.

M.J.Noordam, W.C.J.Hop en J.W.Wladimiroff (Delft), *Snelheid op cerebraal niveau*

Kleuren-Doppler-onderzoek geeft een betere visualisatie van de foetale cerebrale arteriën dan conventioneel Doppler-onderzoek, waardoor de hoek van insonatie van de Doppler-bundel en de richting van de bloedstroom bekend zijn en er dus absolute bloedstroomsnelheden gemeten kunnen worden. Teneinde meer van de foetale cerebrale circulatie te weten te